

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N°209

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

GROSSESSES ABDOMINALES PRIMITIVES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

Paul DOURLHÈS

Né à Tulle (Corrèze), le 10 mai 1892

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

DE ROUVILLE, Professeur, <i>Président.</i>	} <i>Assesseurs</i>
VALLOIS, Prof.	
P. DELMAS, Agrégé. ÉTIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

—
1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES ABDOMINALES PRIMITIVES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0163

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

GROSSESSES ABDOMINALES PRIMITIVES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

Paul DOURLHÈS

Né à Tulle (Corrèze), le 10 mai 1892

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

DE ROUVILLE, Professeur, <i>Président</i> .	} <i>Assesseurs.</i>
VALLOIS, Prof.	
P. DELMAS, Agrégé.	
ÉTIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*), DOYEN.
FORGUE (O. *), ASSESSEUR.
IZARD, SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.
Clinique des maladies ment. et nerv.
Physique médicale.
Botanique et Histoire naturelle médicales.
Clinique chirurgicale.
Clinique ophtalmologique.
Physiologie.
Histologie.
Clinique médicale.
Anatomie.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.
Clinique des maladies des enfants.
Pathologie et thérapeutique générales.
Hygiène.
Clinique obstétricale.
Thérapeutique et Matière médicale.
Anatomie pathologique.
Chimie biologique et médicale.
Microbiologie.
Pathologie interne.
Clinique médicale.
Médecine légale et Toxicologie.

MM. TEDENAT (*).
MAIRET (*).
IMBERT (*).
GRANEL.
FORGUE (O. *)
TRUC (O. *).
HEDON (*).
VIALLETON.
DUCAMP (*).
GILIS (*).
ESTOR.
BAUMEL (*).
BOSC.
BERTIN-SANS (H.).
VALLOIS.
VIRES (*).
MASSABUAU (✱).
DERRIEN (✱).
N...
N...
N...
N...

PROFESSEURS ADJOINTS : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEUR HONORAIRE : M. E. BERTIN-SANS (*)

SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adjoint.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, prof.-adjoint
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O. ✱ ✱) a. l. (ch. de c. .
Médecine opératoire	SOUBEYRAN (✱ ✱) a. l. (ch. c.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé. (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.).
Matière médicale.	CABANNES, agrégé. (ch. de c.).
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✱ ✱), doct. (ch. de c.)

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALVIELLE.	CABANNES.	ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*) ch.d'agr.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱)	VALLOIS H. (✱) c. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, professeur-président.	MM. P. DELMAS, agrégé.
VALLOIS, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance
pour tous les sacrifices qu'ils ont
fait pour moi.

A MON COUSIN A. CABROL

Docteur en Pharmacie

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

P. DOURLHÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Hommage respectueux
de notre profonde gratitude.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

P. DOURLHÈS. •

INTRODUCTION

M. le Professeur de Rouville, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, a publié récemment, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Montpellier, un cas indiscutable de grossesse abdominale primitive, qui fait aujourd'hui la base de notre travail.

Les grossesses abdominales sont, avec les grossesses ovariennes, les plus rares de toutes les grossesses ectopiques. La variété abdominale peut se rencontrer dans deux circonstances :

1° *Elle est secondaire* et succède alors, soit à une rupture de la trompe, soit à un avortement tubo-abdominal cliniquement inaperçu. Dans les deux cas, l'œuf libéré vient se greffer dans la cavité abdominale, où il continue à vivre.

2° *Elle est primitive*. L'ovule est fécondé alors directement dans la cavité abdominale.

Quatre ou cinq seulement des cas publiés jusqu'à ce jour sont incontestables en tant que grossesses péritonéales primitives. Ce sont ceux de Hammacher, Rosner, Lane, Richter et Czyzewitch. Nous ajoutons à cette liste un cas nouveau, et non moins indiscutable, celui de M. le Professeur de Rouville, dont l'examen anatomo-pathologique, si minutieusement étudié et décrit par M. le Professeur Grynfeldt, a révélé la véritable origine.

Nous y joignons l'observation de Nikiforoff, publiée en 1898, qui paraît être inconnue des divers auteurs qui se sont occupés de la question, ainsi que celle de Hammacher, précédemment étudiée par Richter. Elles ont une telle analogie avec celle de M. le Professeur de Rouville, que nous avons cru intéressant de les grouper toutes les trois. Les conclusions que nous en tirerons n'en auront ainsi que plus de valeur.

Nombreuses ont été et sont encore les observations parues sous le titre de grossesse abdominale primitive, qui ne sont en réalité que des grossesses secondaires.

Nombreuses aussi sont celles qui, par l'absence d'examen anatomo-pathologique, ne peuvent être à coup sûr classées dans l'une ou l'autre catégorie.

Nous verrons tout à l'heure, et c'est le but de notre travail, qu'il est impossible d'affirmer l'implantation primitive de l'œuf sur le péritoine sans qu'une étude histologique minutieuse, faite en coupes sérieées, affirme leur intégrité anatomique.

HISTORIQUE

En 1887, BANDL, parlant des grossesses abdominales, dit :
« Les grossesses considérées comme primitivement abdominales sont, en réalité, nées au niveau de l'extrémité de la trompe, ou au niveau du follicule de Graaf et de la frange ovarienne, évoluant ensuite vers l'abdomen. »

La même année cependant, SCHLEGTENDAL a pu observer un kiste fœtal abdominal de la grosseur du poing, au milieu d'anses intestinales soudées à la rate avec trompes intactes.

En 1888, ZMIGROVSKY a rassemblé tous les cas de grossesse ectopique de 1878 à 1888 et prétend avoir trouvé 120 cas avérés de grossesse abdominale avec trompes et ovaires intacts et insertion du placenta loin de ces organes sur 350 cas de grossesses extra-utérines.

En 1891, LAWSON-TAIT, dans son traité clinique des maladies des femmes, s'exprime ainsi : « Je ne puis admettre que l'ovule fécondé soit capable de germer dans la cavité péritonéale, tant est considérable le pouvoir d'absorption de cette séreuse. Les cas décrits sous le nom de grossesses abdominales, sont exceptionnels : ils se rapportent à des cas de grossesses tubaires avec obstruction de la trompe et rupture vers le 3^me mois, le fœtus tombant dans le péritoine, tandis que le placenta garde quelque adhérence dans sa zone d'implantation

primitive. Ainsi prend secondairement naissance une grossesse abdominale ; le placenta en se développant, dépasse la trompe et prend des insertions sur les organes voisins, péritoine et épiploon. La très grande majorité des grossesses ectopiques vient donc de la trompe ».

En 1902 et 1903 paraissent les travaux de VEIT et ceux de WERTH.

VEIT émet trois propositions nécessaires, d'après lui, pour prouver l'existence formelle d'une grossesse abdominale primitive, nous y reviendrons plus loin.

VERTH indique qu'il n'existe pas un cas authentique de grossesse abdominale, mais il en admet la possibilité surtout dans le cas où il y a antérieurement une inflammation du péritoine. « Que la greffe de l'œuf soit primitive ou secondaire, conclut-il, le péritoine est en tout cas capable de fournir les éléments nécessaires à la formation de l'œuf. »

En 1911, ROSNER décrit les variétés possibles de grossesses abdominales, soit primitives, soit secondaires, y compris la variété possible d'un œuf abortif libre dans le péritoine. Il pense que, dans ce dernier cas, l'œuf se nourrit aux dépens de l'hémorragie qui accompagne l'avortement, jusqu'au moment où il se fait une nouvelle nidation. Il fait rentrer cette dernière variété dans les grossesses primitives.

En 1912, paraît le travail de RICHTER. Il collige toutes les observations publiées depuis 1903, au nombre de 15, et n'en trouve que 4 à peu près à l'abri de toutes critiques. Ce sont celles de HAMMACHER, ROSNER, LANE et RICHTER.

La même année, CZYZEWITH publie un article sur la question. Il résume 13 observations récentes et plus sévère que Richter, elles ne lui semblent pas plus probantes que les cas publiés avant les travaux de Veit et de Werth, ce qui fait que, d'après lui, il n'existe pas de cas certains de grossesses abdominales primitives. Il rapporte cependant deux observations personnelles qu'il croit véritables, parce que conforme à la formule de Veit.

A part ces travaux étrangers, aucun travail complet n'a paru. Seules quelques observations isolées ont été publiées parmi lesquelles il faut citer celles de NIKIFORROFF (1898), FIEUX (1902), GUTIERREZ, BICHAT, LINCK (1904), VALLOIS (1905) DURAND ET LAROYENNE, ALBERTIN (1908), BOVIER (1914), KOELLER (1918) et enfin DE ROUVILLE (1920).

OBSERVATIONS DE GROSSESSES ABDOMINALES PRIMITIVES INDISCUTABLES

Laissant de côté les cas de grossesses abdominales primitives déjà classés par les travaux de Richter et Czyzewitch, nous ne reproduisons parmi celles-ci que celle d'Hammacher, à cause des analogies de fixation du kyste fœtal aux organes génitaux qu'elle présente avec celles de M. le Professeur de Rouville et de Nikiforoff.

OBSERVATION N° 1

DE ROUVILLE. — Société d'obstétrique et de gynécologie
de Montpellier, juin 1920.

Madame F., 38 ans, entre le 8 octobre 1919 dans le service de M. le Professeur de Rouville pour douleurs abdominales.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est deux atteintes de fièvre typhoïde l'une à 6 ans l'autre à 20 ans.

Réglée à 14 ans. — Aménorrhée secondaire quelques mois après jusqu'à 20 ans. Réapparition du flux menstruel à cet âge pendant sa seconde atteinte de fièvre typhoïde. Pas de fausse-couche. Pas de grossesse.

Fin juin 1919, à la suite d'un effort, très violente douleur au bas ventre avec état lipothymique sans perte de connaissance. Après quelques minutes de repos tout rentre dans l'ordre. Le 9 septembre 1919 ces douleurs réapparaissent, mais elles sont alors intermittentes, tantôt sourdes, tantôt lancinantes avec irradiations anales. Depuis cette époque la malade accuse des métrorragies de plus en plus abondantes. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, le 6 octobre, elle a une forte crise, manifestée d'une part par des douleurs très vives au niveau de l'an us, plus légères au bas ventre. Perte de connaissance pendant quelques minutes. Depuis la malade reste au lit.

A son entrée, la malade n'accuse pas les deux crises précédentes et ne présente absolument aucun symptôme pouvant motiver une intervention d'urgence.

A l'examen, on trouve un ventre souple mais douloureux au niveau des fosses iliaques, et surtout dans la fosse iliaque gauche. Au toucher on trouve un col de nullipare, normal et très en arrière. L'utérus, en anté-version, est mobile légèrement douloureux, remontant à 3 travers de doigts au-dessus du pubis. Les annexes droites sont culbutées dans le Douglas, elles sont très douloureuses. A gauche, elles sont à leur place normale légèrement douloureuse au palper combiné.

Intervention le 16 octobre sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. A l'ouverture du ventre on aperçoit de nombreux caillots sanguins noirâtres disséminés au milieu des anses intestinales. L'utérus est en anté-version et les annexes gauches à leur place normale. Les annexes droites sont basculées dans le Douglas. Celui-ci est plein de caillots adhérents à la face postérieure de l'utérus et à la face antérieure du rectum.

On enlève ces caillots à pleine main, on nettoie le petit bassin avec des compresses éthérées, puis on pratique l'an-

nexectomie droite. Les annexes gauches normales sont laissées en place.

Examen macroscopique des pièces. — La trompe est de la longueur presque double qu'à l'état normal. Le pavillon seul est épaissi et étalé atteignant 5 à 6 fois son volume habituel ; ses franges sont turgescentes et accolées entre elles dans les 2/3 inférieurs ; leur face muqueuse est épaissie, l'ostium abdominal est dilaté. Pas la moindre trace de rupture. Dans le pavillon on trouve adhérent par un de ses pôles un caillot noirâtre du volume et de la forme d'une amande. Trompe perméable. Ovaire scléro-kystique.

Examen microscopique pratiqué par M. le Professeur Grynfeldt :

I. *Isthme tubaire.* — Cette région de la trompe est à peu près normale. Dans la muqueuse l'épithélium conserve ses caractères de la trompe saine. Le chorion présente des foyers péri-vasculaires d'infiltration leucocytaire ou les mononucléaires dominant. Il s'agit là d'une inflammation chronique légère ou tout simplement d'une réaction de l'organisme maternel gravide (Couvellaire). Rien à signaler dans la tunique musculaire. En aucun point on n'observe de vestige d'insertion placentaire.

II. *Ampoule tubaire.* — Structure à peu près normale partout, permettant d'éliminer la possibilité qu'il y ait eu à un moment quelconque, insertion des membranes ovulaires sur la paroi de la trompe à ce niveau. Le processus congestif ou inflammatoire signalé pour la région de l'ostium est ici plus accentué. Les foyers leucocytiques péri-vasculaires sont plus nombreux et plus importants. Ils sont en outre reliés par des traînées de leucocytes qui s'étendent sur toute l'étendue du

chorion de la muqueuse et presque dans le tissu conjonctif qui s'insinue entre les faisceaux musculaires de la tunique contractile. Les vaisseaux sont ici très congestionnés dans toute l'épaisseur de la trompe.

III. *Pavillon*. — Le pavillon étoilé circonscrivait en partie une poche qui était distendue par un caillot du volume d'une noix revêtue de sa coque verte. Cette poche a été partiellement rompue au cours de l'opération, mais la partie de sa paroi qui était constituée par le pavillon, a été enlevée en même temps que les annexes. C'est dans cette partie que réside tout l'intérêt de la pièce, aussi bien dans le caillot que sur la paroi infundibulaire.

a) *Le caillot*, d'aspect cruorique est constitué sur les coupes par des amas de globules rouges mêlés à de nombreux leucocytes et subdivisés en îlots irréguliers par des traînées fibrineuses. En plusieurs endroits, ce caillot renferme des villosités choriales coupées sur plusieurs incidences. Leur axe formé de tissu muqueux embryonnaire vascularisé est revêtu d'un épithélium qui présente encore, en certains endroits, au-dessous de la couche plasmodiale, l'assise profonde à cellules indistinctes. Ailleurs on ne trouve plus que la couche plasmodiale. Il semble donc qu'il s'agisse de villosités appartenant à un placenta d'un âge voisin de celui où s'opère la disparition de la couche épithéliale profonde. Certaines villosités englobées dans la fibrine présentent un revêtement épithélial dont les cellules sont manifestement en voie de dégénérescence. En tout cas la présence de ces éléments dans le caillot sanguin démontre qu'il s'agit indiscutablement d'une grossesse ectopique et d'après la structure des ces villosités elles correspondraient à un œuf de 4 mois environ.

b) *Paroi du pavillon.* — Cette paroi est épaissie dans son ensemble, portant encore des plis de la muqueuse d'aspect normal au voisinage de l'ostium. Partout ailleurs, la paroi conjonctive est fortement infiltrée et ses éléments sont dissociés par une sérosité plus ou moins riche en globules rouges ; en certains points, l'exsudat est franchement hémorragique, ce qui nous permet de penser que la coupe passe non loin du point de rupture.

Entre les globules rouges, parfaitement normaux, intacts, et correspondant manifestement à une hémorragie récente, on trouve une grande quantité de pigment ferrique (réaction du fer positive) tel qu'on en trouve dans ces foyers anciens, ce qui semble indiquer qu'il y aurait eu plusieurs poussées hémorragiques. Entre ces éléments, on aperçoit des cellules conjonctives hypertrophiées qui tendent par place à prendre une forme arrondie, tandis qu'ailleurs elles conservent un aspect étoilé qui rappelle celui des cellules des myxomes. Ailleurs, ces cellules conjonctives sont englobées dans une gangue fibreuse avec des fibres collagènes très nettes, par conséquent il s'agit d'une paroi épaissie, infiltrée de sérosité et de globules rouges et à la surface de laquelle on retrouve par place un épithélium cylindrique à cellules hautes qui a conservé les caractères de l'épithélium tubaire, c'est-à-dire les cils vibratiles.

En d'autres endroits, la paroi infundibulaire est revêtue d'un épithélium cubique bas, offrant une assez grande ressemblance avec l'épithélium chorial. Non loin de ces zones recouvertes d'épithélium d'aspect chorial, les coupes présentent autour des foyers hémorragiques circonscrits des éléments anatomiques qui rappellent ceux qui ont été décrits dans ce que Couvelaire appelait « la capsule externe de l'œuf » dans les grossesses tubaires, c'est-à-dire des cellules polygonales à gros noyaux, des masses syncytiales fortement colo-

rées, de forme irrégulière, le tout disséminé au sein d'un caillot riche en fibrine.

Ainsi toute étude précise de ces formations était impossible étant donné que nous nous trouvions en présence d'un sac rompu et disloqué, et l'on sait que son interprétation, suivant l'expression de Couvelaire, est une condition nécessaire à une étude précise de ces pièces.

Mais en aucun point de nos coupes infundibulaires, nous n'avons pu constater l'insertion des villosités choriales, nous permettant de conclure que les coupes passaient par la région fixée de l'œuf, c'est-à-dire par le placenta ; il est probable que celui-ci s'était développé sur un autre point de la paroi kystique, *qui ne faisait pas partie des annexes* et n'a pas été recueilli au cours de l'opération.

Donc en résumé :

1° Il s'agit d'une grossesse extra-utérine démontrée par la présence de villosités ;

2° Les coupes isthmiques et ampullaires montrent une structure à peu près normale, sauf un état congestif et une infiltration leucocytaire d'autant plus marquée qu'on approche de l'infundibulum. En aucun point, on n'observe de vestiges d'implantation de l'œuf ;

3° Le pavillon est épaissi, infiltré de sérosité et présente de grandes hémorragies en nappe. En certains points persistent encore des franges normales. Ailleurs, on décèle un épithélium rappelant l'épithélium chorial, mais en aucun point on ne trouve d'implantation placentaire ; le pavillon répondait au pôle libre de l'œuf et le placenta s'implantait non sur les annexes, mais sur les organes voisins (intestin, face postérieure de l'utérus, etc...).

OBSERVATION N° 2.

HAMMACHER (Amsterdam. — Arch. für Gynäkologie, tome XCII, fasc. 2, 1910, p. 294-605, avec 5 fig.).

Un cas de grossesse péritonéale

La pièce examinée par H... a été recueillie chez une femme de 34 ans, opérée pour rupture de grossesse tubaire. Il n'y avait point de grossesse normale antérieure ; les règles ont toujours été régulières ; les dernières dataient de 40 jours. On trouva à l'intervention une rupture de la trompe droite, à un centimètre et demi de la corne utérine ; l'ovaire du même côté et les annexes gauches étaient normaux ; aucune particularité à noter ; résection de la trompe droite dans toute son étendue.

La pièce a été divisée en quatre segments pour faciliter des recherches microscopiques. Des deux premiers, c'est-à-dire de la portion juxta-utérine et de la portion semblant rompue, H... a examiné plus de 1200 coupes, de telle sorte qu'aucun détail ne lui a échappé. Voici les résultats qu'il a obtenus. — La cavité tubaire est absolument normale depuis le segment utérin jusqu'au pavillon ; il n'y a aucune modification physiologique ou pathologique ; les replis de la muqueuse, la muqueuse avec ses cellules ciliées, la sous-muqueuse, la musculuse sont en parfait état. C'est dans la sous-séreuse et sur la séreuse que siègent les modifications : là, au niveau de ce qu'on avait pris pour une rupture de la trompe, il y a un amas cellulaire irrégulier, implanté sur la séreuse du bord

libre de la trompe, dans lequel il est facile de reconnaître des villosités choriales, un syncytium, des cellules de Langhans ; bref, les éléments d'implantation d'un œuf de 4 semaines environ ; dans la sous-séreuse, les vaisseaux sont plus développés que normalement. En examinant le segment juxta-utérin de la trompe, H... découvrit en outre une trompe accessoire, bien conformée, avec son pavillon et dont la lumière venait s'ouvrir près de l'ostium utérinum, dans la trompe normale. Dans cette trompe accessoire on ne découvrit aucune modification qui pût la faire prendre pour le siège de la grossesse ectopique.

En résumé, il s'agit bien d'une grossesse péritonéale, implantée sur le segment juxta-utérin d'une trompe normale, en regard du pavillon d'une trompe accessoire. Quelle fut la cause de cette anomalie ? L'intégrité de la trompe normale parle contre la rupture primitive de la trompe sous l'influence d'une grossesse ectopique et le développement secondaire de l'œuf près du siège de la rupture ; l'intégrité absolue de la muqueuse de la trompe accessoire est aussi contraire à l'hypothèse d'une grossesse qui s'y serait développée, puis aurait continué à évoluer sur la trompe normale, après avortement par l'ostium abdominal de la trompe accessoire.

L'hypothèse à laquelle s'arrête H... est que l'œuf est resté appendu à la surface péritonéale de la trompe normale, peut-être à cause de la présence de la trompe accessoire, qu'il s'est développé à ce niveau *primitivement* sur le péritoine, a provoqué une hyperémie nécessaire, mais insuffisante, au bout de quelques semaines, d'où rupture de l'œuf et inondation sanguine intra-péritonéale pour laquelle la malade fut opérée d'urgence.

OBSERVATION N° 3

NIKIFOROFF. — Forme abdominale de la grossesse ectopique. —

(Meditz Obozrenié. Moscou, octobre 1898).

Femme multipare, ayant toujours eu des accouchements normaux : dernières règles le 10 septembre 1897. Six semaines plus tard, après un lavement (la malade était presque toujours constipée) elle ressentit pendant la défécation des douleurs à l'hypogastre et eut une légère syncope. Les douleurs persistèrent et l'abdomen se météorisa. Le mari de la malade, médecin, a constaté au toucher une augmentation de volume de l'utérus et une hyperesthésie du cul-de-sac postérieur gauche. Trois jours après on a pu constater dans ce cul-de-sac une tumeur du volume d'une pomme. Quelques jours après survinrent des hémorragies vaginales peu abondantes pour lesquelles on appliqua une vessie de glace sur le ventre pendant deux jours. Cinq jours après la malade expulsa, après quelques crises douloureuses de moyenne intensité, une membrane qui, comme le démontra l'examen, n'était autre que la caduque. Trois jours après on trouva à l'examen de la malade une tumeur peu mobile dans le cul-de-sac postérieur gauche du vagin, de volume supérieur à celui d'un poing. L'utérus était peu augmenté de volume, mais ramolli. Les annexes droites étaient normales. Température 37°. On diagnostiqua une grossesse tubaire et l'on pratiqua aussitôt la laparotomie. On trouva dans le Douglas beaucoup de caillots anciens. La trompe et l'ovaire gauche également entourés de caillots furent extirpés. Après l'évacuation des caillots on ferma la

cavité abdominale sans avoir trouvé de fœtus. Guérison au bout de trois semaines.

L'examen macroscopique de la trompe et de l'ovaire enlevés et l'état de leurs rapports réciproques ne révélèrent rien d'anormal et parlaient contre l'hypothèse de leur participation à la formation du sac fœtal.

Même résultat à l'examen microscopique de la trompe et de l'ovaire. La surface externe de l'ovaire, la plus éloignée de la trompe présentait seule quelques modifications. Sur les premières coupes on a pu y voir un caillot composé de globules rouges, ayant perdu, en partie, leur hémoglobine.

Sur les couches suivantes on a pu constater des villosités du placenta ayant conservé leur structure. Elles se trouvaient sur la partie la plus éloignée de l'ovaire et en étaient séparées par un caillot. De plus elles se trouvaient sur le côté du caillot opposé à l'ouverture abdominale. En outre, dans la couche superficielle de l'ovaire, contre laquelle se trouvait le caillot, on pouvait voir une prolifération formant une sorte de saillie au-dessus de la surface de l'ovaire et constituée exclusivement par des cellules épithéliales, mélangées de quelques cellules rondes, parmi lesquelles on voyait des vaisseaux gorgés de sang.

L'auteur exclut l'hypothèse d'une grossesse tubaire ainsi que celle d'une grossesse ovarienne pour s'arrêter au diagnostic de grossesse abdominale primitive.

OBSERVATIONS DE GROSSESSES
ABDOMINALES DONT LA NATURE PRIMITIVE
NOUS PARAÎT DOUTEUSE

Nous ne nous occuperons ici que des observations parues depuis 1902, époque des travaux de Veit et de Werth, et nous nous contenterons de ne donner que l'extrait intégral des constatations anatomo-pathologiques.

OBSERVATION N° 4

FIEUX (in thèse Harault. Paris 1911-12, N° 236). — Grossesse primitive abdominale

..... Laparatomie. A peine le péritoine est-il incisé, qu'une grande quantité de sang s'écoule. Les anses intestinales recouvrent complètement la porte d'entrée du bassin et ne peuvent être écartées. La main droite arrive à sentir l'utérus, plaqué contre la symphyse pubienne, et pendant que l'on essaie de récliner les anses intestinales vers le haut, subitement une certaine quantité de sang s'écoule, puis brusquement se produit un flot de liquide clair, entraînant un fœtus vivant de 12 cm. de long.

Le placenta diffus s'insère sur la face postérieure de l'utérus, sur le côlon-ilio-pelvien, sur les anses de l'intestin grêle,

au fond du Douglas et sur les parois de l'excavation. Cette vaste implantation placentaire saigne abondamment, et devant l'impossibilité de poursuivre partout des ramifications villoses, on fait la ligature du pédicule utéro-ovarien et de l'artère utérine du côté gauche, et un tamponnement.

OBSERVATION N° 5

GUTIERREZ (Revista ibero-americana de Ciencias médicas.

Mars 1904.)

Grossesse abdominale primitive ayant évolué jusqu'à terme

..... La paroi abdominale étant incisée du pubis à l'ombilic, le péritoine fut détaché de la face antérieure de la tumeur, qui présentait une coloration verdâtre. La masse était intimement adhérente à la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen; une partie antéro-supérieure était recouverte par le grand épiploon, énormément hypertrophié et soudé à la tumeur.

Les adhérences péritonéales furent détruites, l'épiploon réséqué, la tumeur ponctionnée au moyen d'un trocart qui donna issue à un liquide chocolaté charriant des grumeaux de matière violacée; il fallut ensuite détacher les adhérences avec l'intestin grêle et le côlon, ainsi qu'une sorte de pédicule reliant la partie inférieure droite de la tumeur à l'infundibulum pelvien. Pendant ces manœuvres la tumeur se rompit, laissant échapper un fœtus du sexe féminin.

Les organes génitaux, soigneusement explorés, furent trouvés absolument sains; aucun exsudat ni aucune fausse membrane n'existaient dans le Douglas.

Par le pavillon des trompes, un stylet fut introduit et pénétra jusqu'à l'isthme ; on fit quelques pointes de feu sur les ovaires, qui présentaient quelques petits kystes. L'implantation du placenta correspondait au grand épiploon, cet organe ayant été le principal moyen de nutrition du fœtus.

OBSERVATION N° 6

BICHAT (Société de méd. de Nancy, 10 février 1904)

Grossesse abdominale primitive

..... On découvre par la laparatomie une masse irrégulière du volume de deux poings située dans la fosse illiaque gauche et dans le cul-de-sac de Douglas adhérente à l'épiploon et au gros intestin. L'utérus était refoulé en avant et à droite ayant tous les caractères d'un utérus infantile, et sa face postérieure fusionnée avec la tumeur ; les deux trompes distinctes et saines. L'adhérence à l'utérus était si intime, qu'il a fallu faire l'hystérectomie subtotale. A la coupe de la tumeur on trouva à côté de caillots nombreux et déjà anciens, une masse du volume d'une orange présentant les caractères d'un placenta. Il n'y avait plus de traces d'embryon.

OBSERVATION N° 7

LINCK (Monatsschrift für geb. und Gynäkologie, 1904, t. XX, p. 1.257)

Grossesse péritonéale primitive

..... A l'opération, on tomba sur une masse énorme de caillots sanguins qui furent enlevés ; finalement on découvrit

dans le Douglas une grosseur jaunâtre, de forme arrondie, de consistance assez ferme, grosse comme une noix, laquelle adhéraît solidement au feuillet péritonéal postérieur. En l'examinant avec attention on était frappé de son apparence vil-leuse. En dépit des plus minutieuses recherches, pas trace de fœtus. L'utérus et les annexes (trompes et ovaires) étaient normaux et occupaient leur situation normale.

Au microscope on reconnut que la tumeur enlevée offrait la structure d'un placenta chorial ; mais le fœtus resta introuvable.

OBSERVATION N° 8

VALLOIS (Montpellier médical, 26 mars 1905)

Grossesse abdominale primitive

..... La paroi abdominale incisée, le péritoine apparaît distendu par le sang. J'ouvre la séreuse ; j'enlève plusieurs poignées de caillots, parmi lesquels se trouve un fœtus long de 12 cm. et pesant 35 grammes. Ce dernier était libre dans la cavité abdominale. La main va de suite à la recherche des annexes. Les annexes gauches sont reconnues normales. Les annexes droites sont doublées de volume et entourées de caillots. Pensant à une rupture tubaire de ce côté, on les pince fortement avec un clamp courbe.

On constate que la trompe droite ne présente pas de rupture ; elle n'est pas le siège d'hémorragie mais, en arrière de l'utérus, on trouve le kyste fœtal, qui est inséré sur le méso-côlon pelvien et relié à l'intestin par d'assez fortes adhérences. Ce kyste, qui s'est ouvert dans la cavité abdominale, renferme le placenta et le cordon. Il est décortiqué avec soin, libéré de

ses adhérences. Pince de Doyen sur le pédicule. Résection du kyste. Double surjet au catgut et à la soie.

OBSERVATION N° 9

ALBERTIN (Soc. de chir. de Lyon, 10 janvier 1908)

Grossesse abdominale primitive

..... A l'opération, je tombais sur une poche que j'incisais et d'où émergea un pied de fœtus non macéré de 6 mois environ. Je fis l'extraction rapide du fœtus et du placenta et j'ai tamponné la cavité avec de la gaze stérilisée.

OBSERVATION N° 10

DURAND et LAROYENNE (Soc. de chir. de Lyon, 10 janv. 1908).

Grossesse abdominale primitive.

..... La laparatomie permit de reconnaître une grosseur abdominale, entourée d'anses intestinales adhérentes. L'ablation de la poche infectée renfermant le fœtus ectopique, fut effectuée sans difficulté notable.

OBSERVATION N° 11

BOVIER (Lyon médical, juin 1914).

Grossesse abdominale primitive.

..... L'extraction du fœtus est pratiquée sans pouvoir se rendre compte de l'état des annexes.

OBSERVATION N° 12

HERMANN KÖHLER (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Août 1918. B. XLVIII n° 2. p. 83).

Grossesse abdominale primitive.

..... L'œuf gros comme une cerise était adhérent au mésocôlon sigmoïde qu'on dut inciser pour l'extraire ; il s'écoula du sang, il y avait au microscope des villosités vivantes, non dégénérées et des cellules déciduales qui envahissaient l'endothélium péritonéal. La femme expulsa des débris de caduque deux jours après l'opération.

ÉTUDE GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

La division en discutables et indiscutables que nous avons faite de cette série d'observations, pourra, au premier abord, paraître quelque peu audacieuse à bon nombre de chirurgiens et plus encore à leurs divers auteurs. Une étude plus approfondie permettra cependant de se rendre compte que, tandis que les uns n'ont pu pour affirmer leur diagnostic que s'appuyer sur de simples constatations macroscopiques, en accord en cela avec les propositions de Veit ; les autres, au contraire, ont eu la chance, par des examens histologiques des plus minutieux, de pouvoir modifier un premier diagnostic macroscopiquement établi.

Veit, dans un travail paru en 1902, poursuivant ainsi les idées premières de Zmigrovski en 1888, émet trois propositions fondamentales qu'il juge suffisantes et indispensables, pour pouvoir affirmer la nature primitive d'une grossesse abdominale. Ce sont :

1° L'absence de toute relation entre l'œuf d'une part, l'ovaire et la trompe de l'autre.

2° La présence sur le péritoine d'une insertion vivante du placenta.

3° La vitalité de l'œuf.

Ces formules précises ont été acceptées et appliquées depuis, d'une manière presque générale. Il est évident que lorsque ces trois conditions existent simultanément, il y a beaucoup de chance pour que la grossesse soit en réalité primitivement abdominale, mais elles ne sont pas suffisantes. Faisant même parfois complètement défaut, la nature abdominale primitive de la grossesse peut, malgré ce, être indiscutable.

Imaginons, en effet, que MM. de Rouville, Hammacher et Nikiforoff se soient contentés d'un examen macroscopique, qu'en serait-il résulté? M. le Professeur de Rouville pensait au premier abord à une grossesse infundibulaire, Nikiforoff à une grossesse ovarienne, Hammacher à une grossesse tubaire rompue. Macroscopiquement l'erreur était inévitable. Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur ces observations rédigées d'une façon si complète, nous les publions in extenso et leur lecture attentive en est d'un enseignement suffisant. Contrairement à toute attente, on voit en effet, que ce n'est qu'à la faveur d'un examen microscopique fait en coupes sérieées que l'intégrité absolue des trompes et des ovaires a pu être constatée. La fixation abdominale primitive de la grossesse a pu donc être certifiée ; bien que le point d'implantation placentaire soit resté introuvable ; bien que l'œuf ne soit pas vivant ; bien que enfin il y ait des contacts intimes du kyste fœtal aux organes génitaux, autant de points en contradiction absolue, avec ceux exigés et jugés suffisants par Veit.

Nous basant sur l'enseignement qui découle de ces faits, que devons-nous maintenant penser des autres observations qui ne s'appuient que sur ces principes de Veit?

Fieux, Gutierrez, Linck et Kœhler ne font que vérifier au cours de l'intervention l'intégrité des annexes en vue d'une

rupture tubaire possible. Gutierrez y ajoute simplement l'exploration de la trompe par un stylet pour en démontrer la perméabilité.

Albertin, Bovier, Durand et Laroyenne ne sont pas où n'ont même pas pu aller constater l'état des organes génitaux.

M. le Professeur Vallois et Bichat font des examens macroscopiques plus minutieux des trompes enlevées au cours de l'intervention, mais il n'est pas fait mention dans leur observation si un examen microscopique a pu être fait.

C'est le point par lequel pèchent toutes ces observations. Peut-être sont-elles véritablement, comme leurs divers auteurs le croient, des grossesses primitivement péritonéales, mais peut-être bien aussi sont-elles secondaires, les unes à un avortement tubo-abdominal, les autres à une rupture tubaire plus ou moins ancienne. L'absence de constatations histologiques laisse un doute sur leur véritable nature. Et de même nous sommes amenés à penser que bon nombre de grossesses dites infundibulaires où ovariennes dont la constatation macroscopique a seule été faite sont en réalité des grossesses abdominales primitives.

Mais les examens histologiques des annexes que nous demandons comme garantie sont, il faut bien le reconnaître, impossibles à pratiquer dans la grande majorité des cas. L'intervention conduira la plupart du temps le chirurgien à laisser les annexes en place après s'être simplement assuré si elles ne sont le siège d'aucune rupture, d'aucune hémorragie. Aussi, la liste des cas de grossesse primitivement abdominale ne s'accroîtra-t-elle que fort peu, et l'on comprend fort bien alors, devant cette impossibilité habituelle des constatations anatomo-pathologiques indiscutables, que cette forme clinique de grossesses ectopiques ait été aussi discutée. A ceux qui pourraient encore la nier, on pourrait opposer les trois obser-

vations fondamentales de notre travail et y ajouter l'expérience si concluante de Blair Bell, publiée à la Société de médecine de Londres en avril 1911. Avec Hammann, l'auteur considère que le diagnostic de grossesse abdominale primitive ne peut être établi que par l'examen de la totalité des organes génitaux au moyen de coupes sérieées, et le fait d'expérience qu'il rapporte a été contrôlé de cette façon.

L'animal examiné par Blair Bell été une lapine sur laquelle avait été pratiquée successivement la résection des ovaires, puis, à un mois d'intervalle, la ligature d'une corne utérine. Un mois après la seconde opération, l'animal fut sacrifié et on trouvait à l'autopsie une volumineuse tumeur dépendant de l'épiploon gastro-colique et libre de toute adhérence par ailleurs. Cette tumeur contenait le squelette de quatre fœtus de lapins à terme.

Les ovaires, les trompes et la corne utérine furent examinés en coupes sérieées ; les ovaires contenaient des corps jaunes correspondant probablement aux fœtus trouvés dans l'abdomen, mais en aucune portion des trompes ou de l'utérus, il ne fut possible de mettre en évidence des marques de grossesse récente ou de rupture de la paroi. Considérant de plus que l'utérus n'était pas gravide au moment où les ovaires furent enlevés et que ceux-ci ne contenaient pas de corps jaune de formation récente, l'auteur admet qu'il s'agit bien là d'une grossesse abdominale primitive chez un animal ; et de la possibilité d'un tel fait, conclut que rien n'autorise à nier la grossesse abdominale primitive dans l'espèce humaine.

Les faits que nous apportons infirment donc, d'une manière absolue, les trois points de Veit, sur lesquels on paraît avoir encore actuellement une trop grande tendance à baser les diagnostics, créant ainsi de nombreuses sources d'erreur.

Ce n'est donc ni la vitalité du placenta, ni la vitalité de l'œuf, ni l'absence de rapport de cet œuf avec les organes génitaux qui doivent faire conclure à une grossesse péritonéale primitive. Ces trois points peuvent être tous en défaut comme dans nos observations ; seule l'étude histologique a une valeur réelle.

Le critérium microscopique est donc seul absolu. Si la grossesse abdominale est primitive, la muqueuse tubaire est absolument saine, et cette intégrité permettra seule d'affirmer que ce n'est point à ce niveau que l'œuf s'était primitivement greffé.

PATHOGÉNIE

Ce chapitre, qui est déjà très obscur quand il s'agit de grossesses tubaires, l'est tout au moins autant quand il s'agit de grossesses abdominales. Celles secondaires à une rupture tubaire ou à un avortement tubo-abdominal n'ont pas une pathogénie spéciale. Quant aux primitives, il faut chercher d'autres explications, et, à vrai dire, aucune n'est satisfaisante.

La grossesse abdominale primitive exige, pour se produire, un ensemble de conditions dont la réunion est d'autant plus difficile qu'elle nécessite un trouble portant à la fois sur l'évolution normale du spermatozoïde et sur celle de l'ovule. La plupart des auteurs qui ont cherché à établir la pathogénie du phénomène ont signalé la complexité de ces conditions et ont trouvé en elles l'explication de la rareté de cette fécondation.

Les physiologistes modernes ont parfaitement démontré dans leurs expériences que le spermatozoïde n'atteint pas l'ovule dans la trompe, mais il va au devant de lui et le cherche parfois jusque dans l'ovaire. Le spermatozoïde a une façon de se mouvoir qui lui est propre, et ce mouvement il l'emploie pour aller de l'avant. Il ne sera pas gêné dans sa marche par la présence des cils vibratiles de l'oviducte, qui ne sont là que pour suppléer à son mouvement flagellaire disparu après sa fusion à l'ovule. Les phénomènes intimes de la fusion du spermatozoïde à l'ovule se passent habituellement

dans la partie externe de la trompe. Mais que la migration de l'un ou de l'autre de ces éléments reproducteurs soit troublée, et que la fécondation se fasse en dehors de la trompe et en dehors de l'ovaire, il se produira une grossesse abdominale primitive.

Mais comment expliquer ce phénomène? Gutierrez en donne les raisons suivantes :

« 1° La rencontre de l'ovule et du spermatozoïde ne se fait pas toujours dans la trompe, la cellule mâle pouvant nager dans le fluide péritonéal et venir féconder sur l'ovaire même, ainsi d'ailleurs s'expliquent les cas de grossesses ovariennes démontrées cliniquement et histologiquement, principalement par Catherine von Tussenbrœck et par Mendès de Léon.

2° Il n'est pas improbable qu'il puisse exister une disposition de la trompe telle que l'ovule fécondé ne puisse tomber dans son pavillon pour cheminer sur la séreuse péritonéale comme le fait s'observe dans la migration externe ou intrapéritonéale. Cette migration est-elle favorisée par un changement de l'épithélium plat en épithélium à cils vibratiles comme le fait s'observe chez les batraciens.

Nous manquons à ce point de vue des documents concernant l'espèce humaine?

3° Les récentes recherches d'ontogénèse concernant les premiers stades du développement de l'ovule nous montrent que cet ovule possède en lui-même ce qui lui faut pour vivre avant d'entrer en relation avec le système circulatoire matériel. En effet, de la segmentation ovulaire résulte la vésicule blastodermique dont l'épaississement en un point est le premier vestige de l'embryon, le tout s'enveloppant d'ailleurs du chorion primaire. Cet ovule peut alors se fixer sur tout tissu vivant. Le germe s'étant arrêté en un endroit quelconque de la séreuse péritonéale, cette séreuse réagit, donnant ainsi

naissance à des fausses membranes qui vont constituer la paroi du kyste. Ces fausses membranes sont richement vascularisées. Dans ces conditions l'œuf vit dans le ventre à la façon de certains monstres, ou encore de certaines tumeurs ovariennes qui, par suite de la strangulation de leur pédicule, se trouvent libres dans la cavité péritonéale et vivent au dépens de l'épiploon ou du côlon ascendant, comme Lauwson Tait l'a observé ».

On pourrait encore, si l'on ne craignait pas de s'exposer à des redites, reprendre ici toutes les diverses théories émises pour expliquer les grossesses ectopiques : causes résultant d'une modification dans l'orientation et la position de l'utérus et des annexes, causes résultant d'une inflammation de la trompe, causées enfin qui se rattachent au phénomène de la migration de l'ovule et dont nous avons déjà parlé. Aucune d'elle n'a de valeur réelle, aucune n'éclaire d'une façon précise la pathogénie de cette évolution anormale.

ÉTUDE CLINIQUE GÉNÉRALE

Peut-on déceler une grossesse abdominale avant qu'une opération ou qu'une autopsie permette d'en poser le diagnostic avec certitude. Malheureusement non !

La grossesse abdominale n'a pas de symptomatologie propre et il n'existe pas jusqu'ici de signe pathognomonique qui nous permette de la différencier des autres variétés de grossesse extra-utérine. Aussi serons-nous très brefs sur ce chapitre.

L'histoire des grossesses abdominales, qu'elles soient primitives ou secondaires, est celle de toutes les grossesses tubaires à en juger tout au moins par les rares exemples étudiés jusqu'ici.

De même que son évolution, la terminaison est variable et ne paraît soumise à aucune règle fixe. Bien plus fréquemment que les grossesses tubaires, elle peut atteindre les derniers mois, le terme normal, se prolonger même ; mais aussi bien le sac peut se rompre et amener la mort.

Ce sac fœtal est constitué tantôt par une membrane mince et transparente adhérente aux organes voisins, tant au contraire par un sac pseudo-membraneux formé aux dépens de ces organes et qui peut être très rétréci par l'adjonction successive de nouvelles fausses membranes ; le tout présentant une vascularisation très grande. Ainsi s'explique la rareté de la rupture de kyste fœtal ayant dépassé le 6^e mois. C'est surtout à l'épiploon et à l'intestin que ces fausses membranes

adhèrent. Au niveau de ces adhérences, le placenta est le plus souvent étalé en surface et peut prendre des dimensions considérables. Gaillard Thomas rapporte à ce sujet que dans le cours d'une laparatomie qu'il faisait pour grossesse ectopique, un de ses aides lui demanda si le corps, à l'extraction duquel il procédait et qui était affectivement le placenta, n'était pas le foie, tant il lui ressemblait.

Rien ne rappelle la présence d'une caduque.

En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de déceler une grossesse abdominale à quelque stade que ce soit. Tout au plus pourra-t-on diagnostiquer en général une grossesse extra-utérine, mais rien dans les signes fonctionnels, ni dans les symptômes objectifs ne nous mettra sur la voie du diagnostic précis.

Aussi les indications chirurgicales de la grossesse abdominale sont-elles celles des grossesses extra-utérines en général. La laparatomie ne sera cependant pas sans danger pour la mère ; car on court le risque, en incisant le sac fœtal, de tomber sur le placenta et d'amener une hémorragie dont l'arrêt ne sera pas sans difficultés.

CONCLUSIONS

I. — Les grossesses abdominales primitives sont rares.

II. — Il faut entendre par abdominales primitives, celles qui succèdent non pas à une rupture tubaire ou à avortement tubo-abdominal, mais bien à une fécondation et à une fixation péritonéale directe.

III. — Les propositions de Veit ne sont pas suffisantes pour affirmer leur nature primitive. Seul, le critérium microscopique est absolu et, révélant des erreurs macroscopiques possibles et inévitables, il permettra seul d'affirmer que ce n'est pas au niveau de l'ovaire ou des trompes que l'œuf s'était primitivement fixé.

IV. — La symptomatologie et le traitement sont ceux de toutes les grossesses tubaires. Seule, l'évolution est peut-être un peu différente, ces grossesses, qu'elles soient primitives ou secondaires, pouvant plus fréquemment atteindre les derniers mois, le terme normal et même se prolonger.

BIBLIOGRAPHIE

BICHAT. — Grossesse abdominale primitive. Soc. de méd. de Nancy, 10 février 1904.

BACULESCU. — Grossesse extra-utérine. Revue de chirurgie, 1912.

BINET et DELFOUR. — A propos d'un cas de grossesse ectopique. Bulletin de la Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, mai 1912, p. 556 à 565.

BLOCH. — A propos d'un cas de grossesse péritonéale. Bulletin de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris, juin 1912, p. 598-600.

BOVERS. — Amer. journal of obst. 1910, t. LXI, p. 583.

BOVIER. — Gross. abdominale. Lyon médical, juin 1914.

BURNIER. — Zeitschri. f. Geb. und Gyn. 1880.

CARSON. — Grossesse abdominale pseudoviable. The amer. journal of obst., t. LXI, 3 mars 1910.

CZYZEWICZ. — La grossesse abdominale à la lumière d'observations récentes. Arch. f. gyn., 1912.

DÖDERLEIN. — Grossesse abdominale. Soc. de gyn. de Chicago, 20 mars 1911.

DURAND et LAROYENNE. — Grossesse abdominale primitive. Soc. de chir. de Lyon, 10 janvier 1908.

FIEUX. — Gross. abdominale. Revue pratique d'obst. et S. Péd. de Paris, 1908, p. 113-119.

- GARAND. — Gross. extra-utérine. Thèse de Montpellier 1909-1910, n° 18.
- GROUÉ. — Centralbl. für Gyn., 1909, p. 45.
- GUTTIERIEZ. — Gross. abdominale primitive ayant évolué jusqu'à terme. Revue hispano-oméricaine des Sc. méd., mars 1904 et Revue de gyn. et chir. abdominale, 1904, p. 553.
- HAMMACHER. — Un cas de grossesse péritonéale. Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde, 1910 et résumé in journal de chirurgie. Paris, 1910, p. 470.
- HABAULT. — Grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1911-1912, n° 236.
- KOELHER. — Gross. abdominale primitive. Monatsch. für Gyn., août 1918, p. 83.
- LANE. — Un cas de gross. abdominale à terme. The boston medical and surgical journal, n° 19, 11 mai 1911.
- LARGER. — Etiologie des grossesses ectopiques. Bulletin Soc. de chir. de Paris, 1901, p. 814.
- LINCK. — Gross. abdominale primitive. Monatsch. für Gyn. 1904, p. 1257.
- MARTIN. — Gross. abdominale. Arch. prov. de chir. de Paris, 1909, p. 140.
- MOURIQUAND. — Gross. abdominale. Lyon médical, 5 et 12 janvier 1908.
- NIKIFOROFF. — Forme abdominale de la grossesse ectopique. Meditz Obozrémié, Moscou, oct. 1898.
- PICQUÉ. — Gross. sous-péritonéo abdominale. Presse médicale, 9 nov. 1901.
- REYNOLDS. — Deux cas de gross. abdominale. The boston medical and surgical journal, 11 mai 1911.

- RICHTER. — Les grossesses abdominales primitives. Arch. f. Gyn., 1912, t. XCVI, p. 461.
- ROSNER. — 2 cas de gross. abdominale. Congrès des chirurgiens polonais de Varsovie, 6, 7, 8 octobre 1910.
- ROUFFARD. — Traitement des gross. extra-utérines. Revue de chirurgie, 1914.
- ROUVILLE (DE). — Grossesse abdominale primitive. Soc. d'obst. et gyn. de Montpellier, juin 1920.
- ° SCHELTON HORSLEY. — Gross. abdominale. Surgery Gyn. and Obst., juillet 1913.
- TCHJEVITCH. — Gross. abdominale. Aboucherka, mars 1912 (en russe).
- VALLOIS. — Grossesse extra-utérine abdominale. Montpellier médical, 1905, p. 301.
- ZMIGROVSKY. — Centralb. f. Gyn., 1888.
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
